



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Accouchement par voie basse des fœtus en présentation du siège : impact d'une politique incitative de service

Vaginal delivery in case of breech presentation: Impact of a service's incentive

L. Hejl^{a,*}, E. Perdrille-Galet^{a,b}, E. Gauchotte^a, R. Callec^{a,b}, O. Morel^{a,b,c}

^a Service d'obstétrique et médecine fœtale, maternité du centre hospitalier régional universitaire de Nancy, 10, rue du Dr-Heydenreich, Nancy, France

^b Laboratoire IADI, unité Inserm U947, université de Lorraine, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^c France PremUp Foundation, Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 mai 2017

Accepté le 23 août 2017

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Siège

Présentation podalique

Protocole

Accouchement voie basse

Morbi-mortalité néonatale

RÉSUMÉ

Objectifs. – La voie d'accouchement lors de présentations du siège est l'objet de polémiques depuis les années 2000, ce qui a conduit à un taux de césariennes élevé. Dans notre centre, la voie d'accouchement était laissée à l'appréciation du médecin suivant la grossesse avant 2012. À compter de 2012, la prise en charge de ces présentations était encadrée par un protocole permettant une prise en charge collégiale incitative à la voie basse. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de cette politique sur les issues des accouchements ainsi que sur les pratiques obstétricales.

Méthodes. – Une étude rétrospective comparant 2008 à 2014, avant puis après la mise en place du protocole, a été menée au sein d'une maternité universitaire de type III. Deux cent quarante-cinq patientes, dont le fœtus était en présentation du siège, à plus de 32 semaines d'aménorrhée ont été incluses. Le critère de jugement principal était le taux de tentative d'accouchement par voie basse (TAVB). Les critères secondaires étaient l'évolution des pratiques ainsi que de l'état néonatal.

Résultats. – Cent vingt-six patientes ayant accouché en 2008 ont été comparées à 105 prises en charge en 2014. Le taux de réussite des TAVB a augmenté de 32,7 % ($n = 16/49$) à 63,8 % ($n = 37/58$) ($p < 0,05$) entre les 2 périodes, avec une baisse de 16,3 % du taux de césariennes programmées (77/126) versus (47/105) ($p < 0,02$) et de 6,2 % pour les césariennes en urgences (33/126) versus (21/105) ($p < 0,001$). Aucune différence significative n'a été observée concernant l'état néonatal.

Conclusion. – Ce travail montre qu'il est possible de limiter le taux de césariennes programmées et en cours de travail grâce à une politique incitative de service sans impact sur la morbi-mortalité néonatale.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – The mode of delivery in podalic presentation was controvertible since the 2000s, which led to a high rate of caesarean section. In our center, the delivery mode was physician-dependent before 2012. Since 2012, the management of podalic presentations was supervised by a protocol allowing a collegiate management to promote vaginal delivery. The objective of this study was to evaluate the impact of this policy on neonatal outcomes and obstetric practices.

Methods. – A retrospective study was carried out with comparison of 135 patients who gave birth in 2008 with 110 patients who gave birth in 2014, before and after the implementation of the protocol in a type III university maternity hospital. Two hundred and forty-five singleton pregnancies with podalic presentation and a gestational age more than 32 weeks of gestation were included in this study. The rate of vaginal delivery trial, the evolution of clinical practices and neonatal outcomes were respectively compared.

Results. – One hundred and twenty-six patients who gave birth in 2008 were compared to the 105 one of 2014. The rate of successful vaginal birth trial increased from 32.7% ($n = 16/49$) to 63.8% ($n = 37/58$)

Keywords:

Breech presentation

Protocole

Vaginal delivery

Neonatal morbi-mortality

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lorraine.hejl@gmail.com (L. Hejl).

($P > 0.05$) between the two periods, this induced a decrease of 16.3% of planned caesarean sections rate [(77/126) versus (47/105) ($P < 0.02$)] and of 6.2% of emergency caesarean sections rate [(33/126) versus (21/105) ($P < 0.001$)]. No significant difference was observed regarding neonatal outcomes.

Conclusions. – This work shows that it is possible to limit the rate of planned and emergency caesarean sections because of an incentive policy of service without impact on neonatal morbidity and mortality.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les études concernant la prise en charge des accouchements par le siège sont multiples et discordantes [1–4]. Pour certains praticiens, la présentation en siège est une indication systématique de césarienne car elle présenterait un caractère potentiellement « dystocique » et entraînerait une augmentation de la morbi-mortalité périnatale [1,2,5,6]. Le mode de prise en charge a évolué au cours des dernières décennies, oscillant d'une prise en charge orientée « césarienne d'emblée » [1,2,5,6] à une prise en charge de type « accouchement voie basse en l'absence de contre-indication » [3,4,7]. Cependant, peu d'études prospectives randomisées ont été réalisées, ce qui ne fournit pas un niveau de preuve suffisant pour permettre de définir l'attitude à adopter.

En 2000, Hannah et al. [1] retrouvaient une morbi-mortalité néonatale plus élevée pour les enfants nés par voie basse versus par césarienne programmée avec un OR à 0,33 (0,19–0,56). Ces résultats étaient confirmés en 2015 par une méta-analyse de la Cochrane database [5]. Néanmoins, dans ces études, tous les accouchements voie basse étaient pris en compte sans évaluation du risque individuel. En France, une surveillance rapprochée par monitoring est toujours réalisée lors du déroulement de la phase active du travail. De plus, avant une tentative d'accouchement par voie basse pour les présentations par le siège, l'absence de disproportion fœto-maternelle est vérifiée cliniquement, échographiquement et par une pelvimétrie. Ces critères n'étaient pas toujours contrôlés dans ces études, leurs conclusions sont donc à nuancer, notamment pour la transposition à la population française. En effet, l'étude prospective franco-belge, en intention de traiter (PREMODA) comparant l'état néonatal des enfants en présentation par le siège nés à terme en fonction des modalités de l'accouchement (césarienne versus voie basse) n'a pas retrouvé d'augmentation significative du risque de mauvais état néonatal ($RR = 1,5$ [0,9–2,3]) [3]. Les auteurs soulignaient l'importance de la recherche et du respect des critères d'acceptabilité de l'accouchement par voie basse ainsi que d'une surveillance rapprochée durant le travail. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en 1995 [8] et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en 2000 ne contre-indiquent pas l'accouchement par voie basse lorsque les critères d'acceptabilité sont respectés [9]. De plus, en 2010 lors des 35^e journées du CNGOF, ce dernier conseillait la mise en place de protocole encadrant les accouchements voie basse des présentations du siège [10]. Si l'on étudie le risque à long terme de l'accouchement voie basse versus césarienne pour les fœtus en présentation du siège, certains auteurs mettent en évidence une morbidité moindre à 7 ans de vie après une naissance par voie basse, $OR = 0,47$ [0,28–0,80] [11]. Ces résultats sont concordants avec plusieurs études et notamment celle réalisée par Münstedt et al. [12] menée chez des enfants âgés de 2 à 8 ans.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une politique incitative de service sur l'évolution du taux d'accouchement par les voies naturelles des fœtus en siège suite à la mise en place d'un protocole dédié à la prise en charge de ces grossesses. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'évolution des pratiques telles que le taux et les indications de césarienne

réalisée en cours ou en dehors du travail, les modalités de prise en charge ainsi que l'état néonatal des enfants nés au cours des 2 périodes.

2. Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, unicentrique, observationnelle et descriptive de l'évolution de la prise en charge des accouchements de fœtus en présentations du siège dans une maternité universitaire de type III, suite à la mise en place d'une politique incitative de service encadrée par un protocole. Ce protocole, mis en place en 2012, établit les critères d'acceptabilité et de contre-indication à la tentative d'accouchement voie basse (TAVB) pour les présentations du siège (Fig. 1). Les données ont été recueillies de façon anonymisée à partir des dossiers médicaux informatisés et manuscrits, obstétricaux et pédiatriques.

Toutes les patientes présentant une grossesse singleton avec un fœtus en présentation du siège, à plus de 32 SA ayant accouché entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008 et entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014 ont été incluses.

Les critères d'exclusion étaient :

- les contre-indications aux efforts expulsifs maternels (pathologie neurologique ou du fait d'un antécédent de périnée complet compliqué avec séquelles) ;
- les grossesses multiples ;
- tout critère indiquant une césarienne d'emblée (placenta couvrant ou autre obstacle prævia, utérus multiloculaires) ;
- fœtus avec une pathologie anténatale connue contre-indiquant la voie basse (hydrocéphalie avec macrocraânne par exemple) ;
- les cas de mort fœtale *in utero* (MFIU).

Le critère de jugement principal était l'évolution du taux de TAVB, au cours des deux périodes étudiées.

Les critères de jugement secondaires étaient dans un premier temps le taux et les indications de césariennes programmées ou en cours de travail. Les césariennes en cours de travail étaient définies par le fait qu'elles étaient réalisées chez une patiente en travail, quel que soit le motif de césarienne (ex : césarienne programmée, refus de TAVB de la part de la patiente à l'entrée en salle de naissance ou découverte de biométries fœtales supérieures aux limites fixées par le protocole). Puis dans un deuxième temps, l'évaluation de l'état néonatal. Ce dernier critère était évalué selon 2 modalités : état néonatal non rassurant ($pH < 7,1$ ou Apgar < 5 ou présence de symptôme neurologique ou hospitalisation en unité de soins intensifs/réanimation) ou état néonatal rassurant ($pH \geq 7,1$, Apgar ≥ 5 , absence de symptôme neurologique et non hospitalisation en unité de soins intensifs/réanimation). Ces critères sont ceux mis en avant par le Réseau périnatal de France [13] et par l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [14].

L'analyse descriptive a été réalisée par le calcul des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives et en pourcentage pour les variables qualitatives. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test de χ^2 ou le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926343>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926343>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)